

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	ALMEIDA	JUAN FRANCISCO	24	06	1977	48 años, 6 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309581476	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	PLATANALES y	098-703-6714 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Área		
MSP	1309581476	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Gastroenterología	2026	01	12
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

HOMBRE DE 48 AÑOS CON DISCAPACIDAD FISICA 48% CON ANTECEDENTES DE PANCOLITIS ULCERATIVA CRONICA E HIPERTENSION ARTERIAL MAS CATARATAS Y PTERIGION BILATERAL YA EN RESOLUCION CON LITIASIS RENAL ACUDE A CONTROL DE SALUD REFEIERE CUADROS DE DOLOR EN ZONA LUMBAR, MAS DISURIA MAS DEPOSICIONES LIQUIDAS 2 SEMANAS DE EVOLUCION INCONTABLES,CON USO DE PAÑAL DIARIO. AL EXAMEN FISICO; ABDOMEN NO DOLOROSO DEPRESIBLE,RHA PRESENTES EXAMEN PSOTERIOR GIORDANO POSITIVO SIGNOS VITALES TA 128/79MMHG FC 92 IMC 22 AL MOMENTO NORMOTENSO CON PERSITENCIA DE DEPOSICIONES, ESCALA DE BRISTOL TIPO 7
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PANCOLITIS ULCERATIVA (CRONICA)	K510		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-12	13:36	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:					Fecha		
			/				
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-12	13:36	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	